

別記様式第2号（第5条関係）

和歌山市造血幹細胞移植等後の予防接種の再接種費補助対象認定に係る主治医意見書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

造血幹細胞移植等の医療行為により、移植等の医療行為前に接種した予防接種法に基づく定期の予防接種の予防効果が期待できない者について、再接種が可能な状態と認められるため、次のとおり意見書を提出します。なお、予防接種の必要性及び副反応、任意での接種であること等については十分に説明しています。

被接種者	住 所	電話番号（ ）
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
定期予防接種の予防効果が期待できないと判断をする理由		（疾病名） （理由）

再接種に該当するものに○を記入してください。

ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
B C G	
麻しん風しん混合	1期・2期
水痘	初回・追加
B型肝炎	1回目・2回目・3回目
日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
二種混合	2期
子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目
その他（ ）	1回目・2回目・3回目
医療機関所在地 医療機関名 医師名	